LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Observation de scarlatine maligne, par le Dr Pruvost, 241. — **Electrothérapie** : De quelques applications de l'électricité à la gynécologie et spécialement de l'électrolyse des métaux oxydables, par le Dr E. Daniel, 243. — **Revue de la presse** : De la reinfection syphilitique, par le Profr Mracek, 245. — **Académie de médecine** : *Séance du 14 avril* 1896. — Présidence de M. Hervieux, 245. — Mort de MM. Jules Lefort et Constantin, Paul, 245. — Gavage par la voie nasale des enfants débiles, 245. — Des moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques, 246. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 10 avril.* — Présidence de M. d'Heilly, 245. — Hémophilie avec stigmates télangiectasiques, 246. — Dissociation syringomyélique en forme de zona, 247. — Cancer primitif du foie avec fièvre, 247. — **Société de dermatologie et de Syphiligraphie** : Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation, 247. — Folliculites tuberculeuses, 247. — Folliculi,es scrofulosorum, 248. — Nodosité pré-mycosique (chancre pré-mycosique, 248.) — Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut être néoplasie initiale, 248. — Sur un mycosis fongoïde avec poussées bulleuses, 248. — Formes frustes et abortives de la lèpre, 248. — Syphilis acquise dans la première enfance et infantilisme consécutif, 248. — Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques, 248. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 11 avril.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 249. — Rapport du Conseil d'administration sur la demande de réintégration de deux membres démissionnaires, 249. — Simulation d'amblyophie double attribuée à la lumière des éclairs, 249. — De l'utilité des crachoirs au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, 250. — **Société médicale du VIe arrondissement**, 252. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 avril.* — Présidence de M. Ch. Monod, 254. — Méthode abdomino-périnéale pour l'ablation des tumeurs du rectum et de l'anus, 254. — La colostomie par la voie abdomino-périnéale dans les cas d'imperforation congénitale, 254. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, 254. — Fracture de rotule. Guérison datant de 3 ans, 254. — Corps étranger à la main, extirpé malgré son petit volume (aiguille de 3 millimètres de long) grâce à une photographie par le procédé de Rœntgen, 254. — **Nouvelles**, 254.

CLINIQUE MÉDICALE

Observation de scarlatine maligne (1)

Par le Dr Pruvost.

Il s'agit d'un jeune garçon de 4 ans et demi, d'apparence délicate et dont la première enfance avait été assez maladive ; très intelligent, du reste, mais d'un caractère mobile et un peu bizarre.

Cet enfant fut pris brusquement, le dimanche 9 juin, dans l'après-midi, de malaise avec vomissements bilieux répétés, fièvre et délire. Lorsque je le vis, vers 11 heures du soir, la rougeur vive de la langue me fit immédiatement penser à la scarlatine. Néanmoins, l'absence d'éruption jusqu'au mercredi matin, la diminution de la fièvre qui, de 39°8 était descendue à 37°6, à la suite de l'administration d'un léger purgatif, l'hypertrophie du foie, qui débordait les fausses côtes de deux travers de doigt, enfin la périodicité mensuelle des vomissements bilieux chez le jeune malade, ces diverses raisons éveillèrent un instant dans mon esprit la possibilité d'un simple embarras gastrique bilieux. Mais le 12 au matin, à la suite d'une mauvaise nuit, la recrudescence de la fièvre (39°6), et une éruption scarlatineuse discrète ne laissèrent plus place au doute. La langue était d'un rouge moins vif que le premier jour, et la rougeur s'étendait aux muqueuses de la gorge qui n'étaient que peu gonflées. Le gonflement paraissait surtout exister du côté des fosses nasales, où la circulation de l'air était gênée. C'est pourquoi, en outre de la médication générale : potion tonique ammoniacale, sulfate de quinine, je conseillai des irrigations buccales et nasales toutes les trois heures, avec de l'eau boriquée.

Un mieux léger se manifesta alors pendant près de deux jours, et l'enfant s'alimenta volontiers avec de la tisane coupée de lait, ce qu'il n'avait pas voulu faire jusque là. Les fosses nasales étaient plus libres et les irrigations, assez bien acceptées, éliminaient une grande quantité de mucosités consistantes et d'un jaune pâle. La fièvre persistait à 39°4. Mais le vendredi matin 14 juin, la situation me parut s'être aggravée, bien que la nuit eût été calme, et que les parents en eussent conçu bon augure. En effet, l'urine qui, examinée chaque jour, n'avait encore présenté aucune trace d'albumine, en révéla ce jour-là l'existence, dans une proportion élevée. De plus, la rougeur de la langue avait pris un ton blafard, et les lèvres présentaient de petites ulcérations saignantes. La température était remontée à 39°6, et il y avait un commencement de dépression générale, qui pouvait expliquer d'une façon fâcheuse le calme relatif de la nuit. L'éruption n'avait que peu progressé depuis le début, mais, chose inquiétante, il s'était produit sur les genoux de larges plaques érythémateuses que je jugeai d'origine infectieuse.

Malgré la caféine qui fut administrée dans le courant de la journée, je trouvai le petit malade plus déprimé vers la fin de l'après-midi. La langue était marbrée et ulcérée par places ; les fosses nasales étaient en grande partie obstruées et les irrigations ne parvenaient que difficilement à les traverser. Enfin la température était montée à 40°.

Devant une pareille situation, je n'hésitai pas à

(1) Communication faite à la Société médicale du VIe arrondissement.

proposer des lotions froides légèrement aromatiques sur le corps, et mon excellent confrère le Dr Dauchez, qui vit l'enfant avec moi dans la soirée, fut aussi de cet avis. Sous l'influence de ces lotions, les parents remarquèrent une amélioration très nette qui se poursuivit jusque vers la fin de la nuit. Les fosses nasales s'étaient de nouveau dégagées, et il s'était produit un relèvement des forces qui donnait bon espoir ; lorsque subitement, vers 4 heures, la respiration devint difficile. Appelé en toute hâte, je fis successivement plusieurs injections sous-cutanées de caféine et de quinine, puis j'eus recours à la respiration de l'oxygène. Mais tout fut inutile et le pauvre enfant s'éteignit vers 7 heures du matin.

Quelques considérations importantes me semblent découler de ce cas.

D'abord, il me paraît hors de doute que l'état maladif du foie a dû favoriser le développement infectieux de la scarlatine. J'en avais tellement l'appréhension dès le début que, du jour où j'eus la certitude de la maladie, je n'hésitai pas à m'en ouvrir aux parents. De plus, comme il m'importait d'être fixé sur la genèse de l'hypertrophie du foie, je m'enquis minutieusement de l'alimentation de l'enfant. J'appris alors que cette alimentation consistait à peu près exclusivement en potages, lait, œufs et purées de légumes, toutes choses qu'il était impossible d'incriminer. Mais, d'un autre côté, la boisson de table était faite avec de l'eau sucrée dans laquelle on laissait fermenter des semences de la grosseur d'un grain d'orge. Une bouteille de cette boisson que l'on me montra contenait, au fond d'un liquide trouble et mousseux, une grande quantité de ces grains entourés, du fait de leur fermentation, d'une sorte de revêtement velouté et chevelu ; je n'eus pas, je l'avoue, le courage d'y goûter, mais il me fut dit que la boisson était piquante comme du cidre doux ou de la bière.

Dans ces conditions, j'étais d'autant plus porté à attribuer à son usage les accidents gastro-hépatiques habituels de l'enfant que le père et la mère, ainsi qu'une jeune fille de dix ans, avaient longtemps souffert pendant l'hiver d'une entérite avec diarrhée persistante et abattement des forces. Je pouvais donc penser que je me trouvais en présence d'une véritable cirrhose avec gastrite chronique, entretenues journellement l'une et l'autre par l'usage d'une boisson alcoolique de toxicité spéciale, et soumises périodiquement à des poussées d'exacerbation.

Mais en outre de la toxémie habituelle résultant de cet état, je devais encore tenir compte de la vulnérabilité particulière créée du côté du pharynx par l'état maladif de l'estomac. La clinique révèle en effet chaque jour quelle solidarité relie entre eux tous les points du tube digestif, et la muqueuse du pharynx, on le sait, est une des premières à réagir, à cause probablement de l'existence d'un tissu adénoïde spécial en certains points de son épaisseur. Comme d'autre part tout porte à croire que cette même muqueuse pharyngienne est le siège principal de l'incubation et du développement du miasme ou agent scarlatineux, on comprend que mon pronostic n'était rien moins que rassurant dès le début.

J'ai eu d'ailleurs, plusieurs fois déjà, l'occasion de remarquer quelle prédisposition aux angines graves, diphtéritiques ou autres, créent chez les enfants, non seulement les affections inflammatoires fréquentes du tube digestif, mais aussi le simple surmenage alimentaire. Pour ne pas m'écarter de ce qui a trait à la scarlatine, je citerai seulement le cas d'une enfant de huit ans, bien constituée, mais très gourmande de viande, et sujette de temps en temps à des angines bénignes un peu fébriles, que faisaient facilement disparaître un purgatif huileux et une dose légère de sulfate de quinine.

Elle fut atteinte de scarlatine, elle aussi, le 21 mai dernier, et toutes passa bien pendant les quinze premiers jours, grâce, je crois, à la précaution que je pris de la soumettre d'abord au régime lacté, puis à l'usage des potages et des œufs. Des irrigations boriquées, nasales et buccales, étaient en outre pratiquées trois et quatre fois par jour. A partir du 8 juin, la voyant bien, ses parents, malgré mes recommandations, crurent pouvoir lui permettre le retour à l'usage de la viande. Mal leur en prit, car je fus appelé le 12 juin, au matin, près de l'enfant qui avait passé la nuit avec de la fièvre et du délire, avait la figure et les extrémités œdématiées, ne pouvait presque plus respirer par le nez, et présentait une urine remplie de flocons albumineux. Je me hâtai de prescrire un purgatif, 0 gr. 50 de sulfate de quinine pour le soir et le retour au régime lacté. Or, le lendemain, la température était tombée de 39°2 à 37°2, l'urine contenait bien moins d'albumine et les fosses nasales perméables se prêtaient de nouveau facilement aux irrigations. Le surlendemain, la température était de 36° 7, et l'urine était redevenue absolument normale. Aucun accident n'est survenu depuis.

On me pardonnera cette digression, qui ne se rattache à mon sujet que par un point, en faveur de la démonstration assez nette qu'elle m'a paru donner de la fâcheuse influence que peuvent exercer les troubles de l'estomac sur les muqueuses de la gorge et des fosses nasales, en y ravivant un état inflammatoire spécifique, incomplètement guéri.

Pour terminer, je dirai qu'une conséquence pratique semble résulter de mon observation principale, c'est la mise en garde des familles contre l'usage assez répandu de certaines boissons fermentées, fabriquées dans les ménages. Loin d'être inoffensives, comme on le croit vulgairement, elles sont d'autant plus toxi-

ques qu'en même temps que le produit suspect et de nature probablement alcoolique qui en est la base, elles contiennent des détritus organiques, et même de véritables organismes n'ayant pas encore achevé leur fermentation.

Il est fâcheux de voir que, par économie, et aussi, il faut le dire, par crainte de l'eau, sur laquelle, à mon avis, on a malheureusement fait peser des accusations qui sont loin d'être toujours justifiées, un grand nombre de familles fabriquent ainsi des boissons fermentées du genre de celle dont je viens de parler? N'est-ce pas le cas de dire avec Horace : *In vitium ducit culpæ fuga, si caret arte?*

ÉLECTROTHÉRAPIE

De quelques applications de l'électricité à la gynécologie et spécialement de l'électrolyse des métaux oxydables (1).

Par le Dr E. Daniel

Resumé. — Nous nous proposons, dans ce travail d'ensemble, d'examiner particulièrement ce procédé nouveau dit « Electrolyse métallique » qui, depuis trois ou quatre ans, fait l'objet de nombreuses communications, relativement à son emploi en gynécologie. Depuis plus d'un an, nous l'expérimentons à la clinique de la rue Malebranche où nous sommes chargé du service électrothérapique, c'est donc sous la direction de notre maître le Dr Auvard et aidé de ses conseils que nous avons opéré.

Nous devons d'abord quelques mots sur la théorie du procédé, ayant recours pour cela aux conférences et communications du Dr Gautier, puis après avoir présenté le matériel instrumental dont nous nous servons, et décrit la technique opératoire, nous conclurons en exposant les cas pour lesquels, ayant eu les succès certains, nous préconisons cette méthode, ceux pour lesquels, au contraire, nous croyons devoir conseiller un autre traitement.

L'*électrolyse métallique* consiste à utiliser l'action chimique du pôle positif sur les métaux solubles, oxydables, comme le fer, le cuivre, l'argent, le zinc, etc. Elle diffère essentiellement de la *chimicaustie*; dans la chimicaustie, on emploie une électrode insoluble, inoxydable comme le platine, les produits chimiques sont alors formés par l'électrolyse des tissus eux-mêmes, à *leurs dépens*. Il se forme au pôle positif des acides et de l'oxygène, au négatif des alcalis qui agissent à la façon de caustiques et déterminent l'apparition d'une eschare. Si nous employons une électrode oxydable, soluble, nous utilisons, outre l'action électrique du pôle positif, très décongestionnante et antiseptique, celle des sels formés à l'état naissant, par l'action sur le métal *soluble* du composé qui se dégage à ce pôle positif. Si nous nous servons, par exemple, d'une électrode de cuivre pur, voici ce qui se passera en présence des tissus organiques : les acides, l'oxygène et le chlore (on peut considérer les liquides de l'organisme comme composés d'une solution de chlorure de sodium à 2 0/0), au lieu d'agir sur les tissus, attaquent l'électrode soluble en cuivre et forment de l'oxychlorure de cuivre. Mais ici intervient l'*action cataphorique* du courant, qui entraîne ce sel et le fait pénétrer plus ou moins loin dans les tissus.

Les oxychlorures de fer, zinc, cuivre ne sont pas toxiques et sont doués, surtout ce dernier, de propriétés hémostatiques et antiseptiques non douteuses. Apostoli, Laquerrière, Prochownich, Spaeth de Hambourg, Gautier, ont constaté, en outre, l'action microbicide du pôle positif sur la bactéridie charbonneuse, le staphylococcus aureus et le gonococcus.

Que faut-il pour utiliser les propriétés de l'électrolyse en gynécologie?

1° *Une bonne pile.* Nous rejetons absolument toutes les piles à action chimique intense, parmi lesquelles celle communément employée au sulfate de mercure, il est impossible de maintenir ces piles *constantes*, elles se polarisent très vite, et ont une résistance intérieure considérable, sans parler de la difficulté de les maintenir en bon état et de les transporter.

Nous avons adopté une petite pile construite par Leclanché, sans liquide ou plutôt à liquide (solution de sel ammoniac) immobilisé dans la gelée d'agar-agar, les avantages indiscutables de cet élément sont les suivants : Peu d'action chimique d'où grande constance, même force électro-motrice que les éléments au sulfate de mercure, il ne s'use pas lorsque le circuit est ouvert, entretien nul, pas de liquide, pas de manipulations, facilité de transport, propreté absolue, résistance intérieure nulle (0,6), poids : moins de 200 grammes.

2° *Des électrodes positives* qui sont des tiges de cuivre pur des dépôts galvanoplastiques. Le cuivre est en effet le seul métal qui nous ait donné des résultats appréciables. Il faut posséder une série de tiges de différents diamètres.

3° *Des électrodes négatives*, plaques d'étain recouvertes d'amadou et peau de chamois.

4° *Un galvanomètre apériodique.*

5° *Un graduateur du courant*, soit résistance liquide, soit collecteur à curseur ou à manette.

6° *Un inverseur du courant et interrupteur.*

Nous connaissons la théorie de la méthode et le matérielinstrumental, arrivons à la technique opératoire.

(1) Extrait des *Archives de gynécologie et de toxicologie*. Février 1896.

Disons en commençant que si nous n'agissons pas avec une antisepsie ou asepsie presque absolue, nous sommes certains de transformer une métrite en salpingo-ovarite et cela presque fatalement. Donc désinfectez vagin, orifice du col et surtout l'électrode de cuivre, cette dernière en la plongeant quelques minutes dans l'eau bouillante ou la passant à l'étuve. La tige de cuivre s'introduit dans l'utérus comme un hystéromètre ordinaire après *application du speculum*; elle est reliée au pôle positif de la pile ; une plaque abdominale communique avec le pôle négatif. Le courant établi, on augmente graduellement l'intensité jusqu'au nombre de milliampères voulu, puis, la séance terminée, on revient graduellement au zéro du galvanomètre. Avant de retirer sa tige il est nécessaire de faire une *inversion de courant* de quelques milliampères, l'electrode positive adhère en effet très fortement à la muqueuse utérine, et si on voulait extraire la tige de force on enlèverait toute cette muqueuse qu'il faut *absolument* respecter pour éviter la sclérose et l'atrésie.

D'accord avec Cleaves, W.J. Morton, de New-York, Onimus, Prochownick, Steavenson, Gautier, nous avons reconnu :

1° Que les hautes intensités sont très douloureuses avec les électrodes solubles, surtout le cuivre, qu'elles sont *tout à fait inutiles* et dangereuses ;

2° Qu'en revanche, des séances de cinq à dix minutes sont *absolument insuffisantes* et nulles comme résultat. Nous n'avons obtenu les succès que lorsque nos séances étaient facilement supportées, sans douleurs, sans hémorragies ; pour cela il ne faut, en *aucun cas, dépasser 50 milliampères*, et encore n'y arrivons-nous que rarement et jamais dans les *métrites hémorragiques*, qui sont le triomphe de la méthode. Mais nous prolongeons nos séances 20, 30 et 40 minutes.

Nous arrivons au côté clinique de la question. Dans quelles affections employer l'électrolyse cuprique ?

Nous posons comme principe que nous nous abstenons *d'une façon absolue*, chaque fois que nous trouvons des annexes grosses ou douloureuses, s'il y a une poussée de pelvi-péritonite ou inflammation du tissu cellulaire, s'il y a salpingo-ovarite proprement dite, enfin s'il y a dans le petit bassin du sang ou du pus, *loin de traiter par l'électrolyse les pyosalpinx*, comme nous n'avons pas été peu surpris de le voir conseiller l'année dernière. L'électricité ne donnera, dans ces cas, aucun résultat, bien plus, elle sera dangereuse. Nous avons, pour traiter ces maladies, des auxiliaires beaucoup plus efficaces dans le repos, le bourrage du vagin, le massage ou enfin la chirurgie, seule indiquée dans le pyosalpinx. Après élimination de toutes les affections ci-dessus énoncées et sur lesquelles l'électricité n'a jamais eu la moindre action curative ni calmante, c'est *aux métrites* que nous nous sommes attaqués ; à toutes les formes de métrite (sans annexite bien entendu) d'abord, puis, devant des insuccès, nous avons restreint ce mode de traitement à une seule forme de métrite chronique: *la métrite hémorragique.*

Comment procéder en présence d'une métrite hémorragique ?

Nous avons l'habitude de faire une première séance malgré l'hémorrhagie ; la tige de cuivre aussi grosse que possible est (après les désinfections indiquées) introduite profondément dans l'utérus, nous nous efforçons de faire passer un courant d'environ 30 milliampères, pendant 15 minutes, puis après retour lent à zéro, nous faisons une inversion de courant de 5 à 10 milliampères pendant cinq minutes, on enlève alors délicatement la tige en la faisant tourner sur elle-même. On constate qu'elle est recouverte d'une épaisse couche d'oxychlorure de cuivre qui y adhère fortement.

Il est nécessaire après chaque séance de frotter les tiges avec du papier émeri fin jusqu'à les rendre brillantes.

La deuxième séance a lieu d'ordinaire 6 jours après, l'hémorrhagie est déjà très diminuée, parfois terminée, la malade souffre peu ou pas du tout. Nouvelle séance avec 30 à 40 milliampères, durée 30 minutes, inversion de courant et pansement boriqué.

Une troisième séance a lieu 8 jours après ; même durée ou plus, même intensité.

Une semaine après quatrième séance identique à la dernière, puis on conseille à la malade d'attendre ses règles et de revenir si elles durent, comme d'habitude, plus de 7 ou 8 jours, si elles sont trop abondantes ou douloureuses. Presque toujours quand on revoit la malade, elle déclare que : elle a été bien surprise de ne pas avoir souffert avant ni pendant ses règles, qu'elle n'a vu que six jours au lieu de quinze, qu'elle n'a pas perdu de caillots et a vu beaucoup moins que d'habitude. Son appétit est revenu, ses digestions sont bonnes, ses douleurs dans les reins et les cuisses ont disparu, son moral s'est relevé : enfin elle va bien.

Dans ce cas nous nous sommes décidés à ne pas continuer les séances, et la suite nous a montré que cela était en effet parfaitement inutile. Ces malades revues plusieurs mois après (plus d'un an) étaient guéries.

Dans le cas contraire, si la malade souffre encore après 3 ou 4 séances, si ses règles ont été hémorragiques et douloureuses, nous continuons tous les huit jours jusqu'aux prochaines règles ; mais ces cas sont rares et si en un mois l'électricité n'a pas fait son œuvre, il y a bien des chances pour que nous ayons un échec et cette métrite devient alors justiciable de la curette.

Conclusions. — De tous les métaux oxydables expérimentés par nous en gynécologie, au point de

vue électrolyse, le *cuivre* est le *seul* qui donne des résultats.

En *électrolyse métallique soluble* on ne doit jamais dépasser, *au grand maximum*, 50 milliampères.

On doit faire les séances aussi longues que possible.

Toutes affections aiguës des annexes, du péritoine et du petit bassin sont une *contre-indication formelle* à l'application de l'électrolyse cuprique et de l'électricité en général, à plus forte raison s'il y a du pus ou du sang dans l'un des organes du bassin.

La métrite à forme hémorragique est l'affection sur laquelle agit le mieux l'électrolyse cuprique ; elle agit par son action antiseptique décongestionnante, hémostatique et calmante. L'électricité métallique n'agit pas sur les autres métrites surtout sur la métrite *glaireuse* suspectée d'être d'origine extra-utérine et tuberculeuse.

REVUE DE LA PRESSE

De la réinfection syphilitique, par le prof^r^ MRACZEK (*Deutsche med. Zeit.*, 18 1896). — La question de savoir si un individu qui a eu une fois la syphilis peut l'avoir une seconde fois n'a pas encore reçu de solution définitive. Ricord et Barensprung avaient nié la contagion multiple de la syphilis. Siegmund admet la possibilité d'une réinfection après un long intervalle, Hebra par contre la met en doute. Jusqu'en 1858 les médecins croyaient pour la plupart que le virus syphilitique n'abandonne jamais l'organisme, ce qui rendait impossible l'hypothèse d'une réinfection. A cette époque Leissl publia un cas non douteux de réinfection, et cette observation fut suivie d'une avalanche de publications analogues. D'un autre côté, il est difficile de donner raison aux médecins qui comparent la syphilis avec les maladies infectieuses aiguës et ne voient rien de particulier en conséquence dans une nouvelle infection. La syphilis est une maladie infectieuse chronique qui imprègne pour longtemps l'organisme d'un virus et lui donne réellement une longue immunité.

Si la question n'est pas complètement résolue, il faut en accuser la difficulté d'interprétation des cas. Pour établir qu'il y a réinfection, il est nécessaire que le même médecin observe le malade les deux fois ou au moins qu'il existe une histoire clinique authentique de la première atteinte.

Les renseignements donnés par ses malades n'ont pas de valeur. Il ne faut pas non plus attribuer grande confiance aux résidus syphilitiques, car ceux-ci sont loin d'être caractéristiques et peuvent provenir d'une autre maladie. Les cas de réinfection indubitable, qui répondent aux exigences du diagnostic, sont peu nombreux, bien que les publications soient nombreuses. Mracek a publié deux observations personnelles et, dans son mémoire, arrive aux conclusions suivantes qu'il a déduites aussi des travaux antérieurs.

Il y a certainement, dit-il, des cas de syphilis dans lesquels l'organisme ayant complètement été débarrassé de la maladie peut être infecté une seconde fois. Cette donnée s'accorde d'ailleurs avec cette idée généralement admise qu'un individu encore atteint de syphilis ne peut pas être de nouveau infecté.

Il est impossible de déterminer, même approximativement, l'intervalle qui peut séparer la première atteinte de la deuxième.

Mracek a combattu cette proposition que la marche d'une seconde syphilis est plus bénigne ; plusieurs cas montrent le contraire.

De l'étude des cas de syphilis double, il résulterait que c'est au traitement mercuriel que les malades doivent la guérison de la première atteinte. Il ne faut donc pas négliger ce traitement dans aucun cas évident de syphilis.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° un travail intitulé : *Contribution à l'étude du maté*, par M. P. Macquaire; 2° un travail sur le rôle de l'eau de puits dans la genèse du choléra à Marseille en 1894, par le D^r^ P.-A. Lop; 3° un rapport du D^r^ M. Misrachi, médecin du consulat, sur l'épidémie de grippe à Salonique, pendant l'hiver 1895-1896; 4° un travail de M. Duret, professeur à la Faculté de médecine catholique de Lille, sur les injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales.

Mort de MM. Jules Lefort et Constantin, Paul. — M. le président annonce la mort de M. Jules Lefort, membre de l'Académie, section de pharmacie, depuis 1872 et de M. Constantin Paul, membre de l'Académie, section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, depuis 1880

M. MARTY lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Lefort au nom de l'Académie. (Applaudissements.)

Gavage par la voie nasale des enfants débiles. — M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE propose un nouveau mode d'alimentation forcée à appliquer chez les enfants débiles, épuisés, nés avant terme ou atteints de lésions de la bouche et même chez les adultes. C'est le gavage par les fosses nasales qui peut être appliqué par une personne quelconque de l'entourage.

La déglutition n'est volontaire que dans sa partie buccale, étant absolument involontaire dans le pharynx postérieur, de sorte que le liquide qui tombe sans effort des fosses nasales dans la cavité béante ouverte à la suite ne peut faire autrement que d'être dégluti. M. Rousseau-Saint-Philippe se sert d'une simple cuiller à café à bout un peu pointu pour faciliter la pénétration du lait dans les fosses nasales.

Ce mode d'alimentation forcée, pas plus que l'autre, n'est

capable de remplacer longtemps l'alimentation normale volontaire. Il ne peut être que provisoire en attendant que la cause disparaisse. On peut pourtant le faire durer au moins un mois.

Des moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques. — M. A. Guépin. Ces moyens sont les uns usuels et bien connus (choix éclairé de la sonde, quant à sa composition, sa forme et son calibre, sa mise en place méthodique, sa fixation, son bon fonctionnement contrôlé); les autres, moins connus, bien que mis en usage par mon maître, Reliquet, et cités dans plusienrs observations publiées avec lui. Ce sont : 1° l'injection vésicale d'eau boriquée tiède faite après l'écoulement de l'urine et au moment où commence à se montrer un besoin factice de miction, qui, abandonné à lui-même, irait s'exaspérant ; 2° la suppression de tout ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal (atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale) et qui, par des phénomènes spasmodiques, rend le séjour de la sonde intolérable.

Ces différents soins réduisent très notablement, en permettant l'usage plus fréquent de la sonde à demeure, les indications de la cystotomie chez les prostatiques.

— En comité secret, l'Académie décide que le prix Saint-Paul (25 000 fr.) sera partagé entre MM. Roux et Behring, mais il reste entendu que les concurrents au prix Saint-Paul pour l'année 1896, qui ont déjà envoyé leurs mémoires, seront récompensés comme d'habitude sur les arrérages du prix.

A 4 heures et demie, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 avril. — Présidence de M. d'Heilly.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques. — M. Chauffard. La malade qui fait l'objet de cette communication est âgée de 50 ans. Aucun antécédent personnel ou héréditaire. Aucune hémophilie chez les collatéraux. Règles normales. Pas de fausses couches ni de grossesses à terme. Ménopause simple il y a trois ans. Première hémorragie spontanée à vingt ans, hémorragie en nappe provenant du cuir chevelu. Un an après, hémorragie palatine. Depuis lors hémorragies nombreuses localisées en une série de points toujours à peu près les mêmes, soit sur les muqueuses. L'une d'elles a duré huit heures. Toutes ont été spontanées, fortuites. Jamais d'hématurie ni de melæna. Aucune modification psychique avant ou pendant les hémorragies spontanées. Quelques hémorragies traumatiques aussi. Il y a dix ans, l'ablation d'une petite molaire (seule dent qui ait été arrachée) provoqua une hémorragie grave ayant nécessité le tamponnement de l'alvéole pendant vingt-quatre heures. La moindre piqûre saigne abondamment.

Chez cette femme, petite (par scoliose droite très prononcée, ayant débuté à l'âge de quinze ans et augmenté progressivement depuis), pâle, anémique, légèrement artério-scléreuse, mais sans albumine ni sucre dans les urines, on remarque, sur les téguments, d'assez nombreuses stries rougeâtres, disséminées sur les joues, le front, le pavillon, les oreilles. Elles sont formées par un ou plusieurs petits vaisseaux dilatés, arborescents ou plexiformes, formant comme de petits nœvi en miniature. Chacune de ces télangiectasies capillaires semble très superficielle; le sang qu'elles contiennent est rutilant — fait à rapprocher de l'aspect artériel constant des hémorragies. Le processus de formation de ces télangiectasies n'est pas arrêté, car de nouvelles se sont montrées récemment. Quant à l'époque de leur première apparition, il est impossible de la préciser, la malade n'ayant pas eu son attention attirée par ces phénomènes.

Si toutes les télangiectasies n'ont pas saigné, il semble bien que ce soit toujours à leur niveau qu'aient eu lieu les hémorragies.

L'examen du sang, pratiqué par piqûre directe d'une pulpe digitale, a montré simplement un léger état anémique, avec diminution du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine ; léger degré de leucocytose.

Comment comprendre et dénommer cette curieuse affection hémorragique? On ne peut la classer que dans les hémophilies, car j'indiquerai bientôt pour quelles raisons le diagnostic d'hystérie hémorragique ne peut être proposé. Or, on sait quelle est la rareté en France des faits d'hémophilie. Mais en dehors de cet intérêt de rareté, l'histoire pathologique de cette malade présente des particularités très anormales et même bien nouvelles.

Cas sporadique, tout d'abord, solitaire, alors que, dans la règle, l'hémophilie est une maladie familiale au premier chef, dont on a, parfois, pu suivre la transmission pendant cinq et six générations. Les familles hémophiliques sont exceptionnellement fécondes. Ici, pas de polynatalité. La malade a eu quatre frères et une sœur, mais elle-même est stérile, ou n'a, tout au moins, bien que mariée, jamais eu de grossesse. Enfin, au point de vue étiologique, le fait seul que notre malade est une femme constitue sinon une exception, au moins une rareté relative, puisque, d'après les auteurs, la proportion des deux sexes dans l'hémophilie est de sept hommes pour une femme.

Comme particularités cliniques, notons l'absence des arthropathies, si communément observées, ainsi que des hématuries, souvent assez abondantes et répétées pour constituer une véritable forme clinique, l'hémophilie rénale. En revanche, les hémorragies spontanées par la peau et les muqueuses prennent ici une telle importance qu'elles constituent presque toute la maladie. C'est ce que l'on a appelé parfois l'hématidrose ou sueur de sang. Le terme d'hémophilie cutanée me paraît moins approprié, abstraction faite des cas un peu analogues qui relèvent de l'hystérie. C'est là le point, particulièrement délicat, de pathogénie et de diagnostic différentiel qu'il nous faut maintenant étudier avec quelques détails.

On sait, surtout depuis les recherches de M. Gilles de la Tourette, qu'il est au moins une affection névropathique, l'hystérie, dans laquelle on a plus d'une fois observé des hémorragies les plus diverses, de véritables stigmates hémorragiques des téguments. Mais notre malade ne présente aucun stigmate hystérique et n'a jamais eu de manifestations de cette névrose. Conséquemment, envisager les accidents hémorragiques qu'elle présente comme la seule manifestation d'une hystérie larvée, équivaudrait à une véritable pétition de principe et serait, en outre, peu d'accord avec l'observation clinique. L'hystérie à hémorragies curées ne semble pas, en effet, une hystérie mono-symptomatique. Elle appartient presque toujours aux grandes mo-

lités de la névrose. Souvent même c'est à l'occasion de paroxysmes convulsifs que se produisent les écoulements sanglants.

A cette cause d'exclusion de l'hystérie s'ajoutent d'autres arguments d'ordre clinique. Les hémorragies cutanées hystériques procèdent par véritables attaques, parfois périodiques, précédées ou accompagnées le plus souvent de prodromes psychiques ou convulsifs et de troubles matériels locaux : œdème congestif, vésico-bulles qui, une fois crevées, laissent écouler du sang. Chez notre malade rien de semblable. Pas de phase pré-hémorragique, pas d'état psychique prémonitoire, pas de molimen congestif. L'hémorragie est fortuite, inattendue, non périodique. Dans l'hystérie, les stigmates sanglants ne se produisent guère que chez les mystiques à idées fixes, et l'auto suggestion en fait des stigmates systématisés et parfois figurés. Rien de pareil chez notre malade. Les taches rougeâtres et hémorragipares se groupent sans plan déterminé, sans figuration appréciable, dans certaines régions richement vascularisées (face, muqueuse buccale, extrémités digitales). Nous ne pouvons donc les rattacher qu'à l'hémophilie et leur présence nous permet de constater *de visu* l'existence de lésions vasculaires subordonnées à un trouble trophique préalable, de nature inconnue, et devenant à leur tour cause d'effets seconds, les hémorragies.

On a le droit de supposer que l'hémophilie ne dépend pas d'un processus anatomo-physiologique univoque ; que plusieurs facteurs concourent à sa pathogénie, parmi lesquels les plus vraisemblables sont l'altération du plasma sanguin et sa coagubilité, des lésions dégénératives ou télangiectasiques des petits vaisseaux, des troubles de l'innervation vaso-motrice, le tout relevant d'une modification profonde et souvent héréditaire de la nutrition, modification dont le sens et la formule restent ignorés.

Nous conclurons donc que nous avons observé chez notre malade de véritables *stigmates hémophiliques*, comparables, jusqu'à un certain point, aux stigmates sanglants des hystériques et qui, au point de vue anatomique, méritent le nom de *stigmates telangiectasiques*. C'est là, croyons-nous, un fait nouveau dans l'histoire de l'hémophilie.

Dissociation syringomyélique en forme de zona. — M. Achard présente à la Société un malade atteint d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, développée depuis deux ans chez un homme de vingt-deux ans. En raison de la limitation de l'atrophie aux petits muscles des mains et de l'absence de troubles de sensibilité aux membres inférieurs, on pourrait, à première vue, penser à l'atrophie musculaire progressive de Duchenne; mais les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés; il y a une scoliose à la région dorsale inférieure et une bande d'anesthésie dissociée formant, du côté gauche de l'abdomen, une sorte de zona. Il s'agit donc d'une syringomyélie. Ce cas est intéressant surtout pour la topographie de l'anesthésie dissociée qui est exactement celle du zona abdominal. C'est un argument en faveur de la théorie médullaire de cette dernière affection.

Cancer primitif du foie avec fièvre. — M. Achard rapporte deux cas de cancer primitif du foie dans lesquels il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave. Dans les deux cas, le suc hépatique, recueilli aseptiquement par ponction peu de jours avant la mort, donna des cultures de staphylocoque blanc.

Ces deux faits sont de nouveaux exemples d'infections développées au cours de cancers viscéraux. Ils peuvent être rapprochés des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Session annuelle de 1896

Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation. — M. Gastou présente un malade âgé de trois ans, qui depuis un an et demi a une éruption de placards eczématiformes généralement circonscrits, nummulaires et irréguliers, disséminés sans symétrie sur le tégument. L'apparence de l'éruption est celle d'un eczéma sec autour des lèvres et d'un eczéma lichénoïde ou de placards de névrodermite sur les autres parties du corps.

Les caractères essentiels des placards sont: 1° longue durée; 2° fixité de siège et peu de tendance à l'extension et à la généralisation; 3° absence de symétrie; 4° aspect d'eczématisation et de lichénification; 5° existence d'un prurit localisé au niveau des placards et apparition simultanée de l'éruption et du prurit; 6° inefficacité des traitements habituels; 7° enfin, comme caractère dominant tout l'ensemble : l'existence chez le malade d'antécédents scrofulo-tuberculeux, se traduisant chez le père par un lupus tuberculeux de la face et dans la famille par la scrofulo-tuberculose, remontant à trois générations.

En rapprochant ce cas d'une série de cas analogues dans lesquels on retrouve les sept caractères mentionnés ci-dessus, M. Gastou croit possible d'admettre l'existence d'une véritable dermite eczématiforme, expression bénigne d'une tuberculose atténuée par le passage à travers des générations successives. La série héréditaire, constituant une véritable maladie familiale, aurait comme début une tuberculose généralisée ; comme suite, dans la série des générations successives, des tuberculoses de plus en plus atténuées, généralement locales (tel le lupus), et comme fin de véritables affections para-tuberculeuses, dont l'expression la plus bénigne serait la dermite eczématiforme des tuberculisables, non tuberculeux, mais graine de tuberculeux selon l'expression de M. Landouzy.

M. Augagneur. — L'éruption en question a en certain point quelque analogie avec le prurigo de Hebra; or, on connaît la fréquence de la tuberculose chez les sujets atteints de prurigo. Rien d'étonnant donc à ce que l'on trouve des antécédents de bacillose chez cet enfant, mais je ne crois pas que l'on puisse dire pour cela que la dermatite eczématiforme soit une manifestation tuberculeuse, même atténuée.

Folliculites tuberculeuses. — M. Hallopeau. Les conclusions de ce travail sont résumées ainsi qu'il suit : la tuberculose des appareils pilo-sébacés peut, suivant l'acuité du processus et le mode de réaction, revêtir chez les jeunes sujets les caractères du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique ou de la folliculite suppurative. Les folliculites suppuratives peuvent se développer autour de néoplasies

tuberculeuses provenant de parties situées profondément, telles que des ganglions lymphatiques ou le tissu conjonctif sous-cutané. Elles peuvent devenir le point de départ de nodosités tuberculeuses isolées ou confluentes ; elles servent ainsi d'intermédiaire à la propagation, à la surface cutanée, des tuberculoses d'origine profonde et aussi à l'extension en profondeur des tuberculoses superficielles.

Folliculites scrofulosorum. — M. Du Castel montre une jeune femme qui, à l'âge de quatorze ans, a présenté ces adénites sous-maxillaires chroniques, quelques-unes encore en voie de suppuration. Au mois d'août dernier elle a été atteinte aux membres supérieurs et aux membres inférieurs d'une éruption qui s'est faite par poussées successives et qui consiste en folliculites, les unes à l'état de papules, les autres à l'état de pustulettes. Aucune biopsie n'a été faite, mais l'auteur croit que cette éruption constitue un degré plus avancé, un état plus inflammatoire de ce que l'on décrit sous le nom de lichen scrofulosorum.

Nodosité pré-mycosique (chancre pré-mycosique. — M. Hallopeau a remarqué que souvent, dans le mycosis, trois ou quatre ans avant toute éruption, on constate sur la peau une ou deux nodosités, qu'il compare au médaillon du pityriasis, au chancre de la syphilis. Si ce signe était constant, il serait d'une grande importance pour le diagnostic précoce des mycosis.

Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale. — H. Hallopeau. Ce malade présente une érythrodermie généralisée avec desquamation furfuracée, prurit incessant et violent, adénopathies volumineuses, épaississement de la peau, production d'une couche cornée épaisse sur les paumes des mains et les plantes des pieds; on remarque en outre un grand nombre de nodosités; une d'elles rappelle par son aspect des lésions que, dans trois autres cas de la même maladie, il a considéré comme pouvant être l'accident primitif; le mycosis aurait ainsi son accident initial comme la syphilis, la tuberculose inoculée, la lèpre et le charbon.

Sur un mycosis fongoïde avec poussées bulleuses. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Les conclusions de ce travail sont résumées ainsi qu'il suit: l'inoculation intrapéritonéale du pus mycosique peut donner lieu, chez le cobaye, à une vaginalite aiguë qui se termine par résolution, après avoir simulé celle du farcin; on peut observer concurremment et d'une manière persistante, dans le cours d'un mycosis, des altérations superficielles remarquablement bénignes à côté des plus graves lésions ulcéreuses et végétantes ; l'éruption mycosique peut être bulleuse; les bulles peuvent se produire isolément ou au centre d'une papule, ou représenter un soulèvement pemphigoïde autour de surfaces ulcérées, dont elles constituent alors la zone de propagation.

Formes frustes et abortives de la lèpre. — M. E. Ehlers. Je suis allé de maison en maison, dans les foyers lepreux, j'ai fait déshabiller tous les habitants et je les ai examinés, en portant une attention toute spéciale aux personnes qui se croyaient saines, mais qui vivaient (en promiscuité) sous le même toit, avec des lépreux. De cette façon, il m'a été possible de constater qu'à côté des personnes qui sont atteintes d'une lèpre manifeste aux yeux de tout le monde, il y a des personnes qui ne présentent qu'un ou deux symptômes isolés de la lèpre. J'ai cherché d'abord parmi les époux, et j'ai gagné la conviction que la lèpre conjugale n'est guère plus rare que la syphilis conjugale. Parmi mes 122 observations de lèpre islandaise publiées *in extenso* en français par mon ami et élève Eichmuller (*Thèse*, Paris 1896), je ne compte pas moins de sept personnes qui ont pris leur lèpre par cohabitation.

Je prétends que la lèpre conjugale a une certaine tendance à revêtir la forme anesthésique et une forme généralement bénigne. Des sept personnes citées, cinq étaient atteintes de la forme nerveuse. A ce propos, je suis même tenté d'admettre qu'il en est de la lèpre comme il en est de la syphilis, où l'un des conjoints reste apparemment sain et immunisé contre la syphilis de l'autre conjoint, comme il est admis dans la loi de Colles-Baumès.

Syphilis acquise dans la première enfance et infantilisme consécutif. — MM. Eudlitz et Barasch présentent un malade atteint d'infantilisme consécutif à une syphilis acquise à l'âge de deux mois. Contaminé par sa mère qui avait été infectée par un nourrisson, ce malade, qui a aujourd'hui vingt-quatre ans, est resté atrophié.

Petit de taille, il ne mesure que 1 m. 40 et présente le thorax peu développé. Les organes génitaux sont complètement atrophiés, la verge est celle d'un jeune enfant, les testicules ont le volume d'un petit haricot; il n'a absolument aucun poil, ni à la face, ni aux aisselles, ni à la région pubienne.

Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques. — MM. Gastou et Babon. Dans une première note à la Société de dermatologie et syphiligraphe, nous avons cherché à établir chimiquement l'existence des gastropathies médicamenteuse des syphilitiques. Des recherches continuées par M Babon dans le service de M. le Prof[r] Fournier, il résulte que la formule chimique de ces gastropathies est l'hypopepsie plus ou moins accentuée suivant la durée de l'action médicamenteuse avec retard de l'évacuation gastrique, s'accompagnant généralement de fermentation anormales tardives.

Cliniquement ces gastropathies se manifestent par un ensemble de symptômes qui en font presque une entité morbide. La cause occasionnelle en est le médicament (Hg , I R, d'après les recherches de M. Hayem, le sirop de Gibert serait particulièrement nuisible) la cause prédisposante, une tare stomacale antérieure (chlorose dyspeptique, éthylisme) ou une affection pouvant avoir son retentissement sur l'estomac (rein flottant, affections utérines).

Le début en est brusque et progressif : tantôt les malades sont pris dès l'ingestion des médicaments, de brûlures, de cuissons. de douleurs atroces au creux épigastrique, de régurgitations acides, et sont forcés d'en suspendre l'emploi, tantôt l'action est plus lente à se produire et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que les symptômes gastriques apparaissent.

La période d'état est constituée par les accidents de la période digestive : une demi-heure après les repas les malades sont pris d'une somnolence invincible, de douleur à l'épigastre et à la région interscapulaire, le ventre se ballonne, ils ont des éructations gazeuses mais jamais de vomissements. Ces symptômes durent une heure ou deux, puis disparaissent brusquement. L'appétit est diminué sauf quand il y a abus de I R qui peut produire une véritable boulimie. Certains malades souffrent de troubles nerveux se rapprochant de

la neurasthénie. L'estomac n'est qu'exceptionnellement dilaté.

Cet état gastrique est exagéré par la continuation du traitement médicamenteux : dans la forme rapide, les symptômes douloureux disparaissent quand on l'abandonne; dans la forme lente, les malades sont surtout améliorés par le régime, mais ils restent sous le coup d'accidents gastriques ultérieurs.

Le traitement prophylactique de cette gastropathie consistera à éviter l'ingestion médicamenteuse par la voie gastrique : ces malades bénéficieront de la pratique des injections mercurielles et des lavements iodurés.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 avril. — *Pr. de* M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance Manuscrite. La correspondance manuscrite comprend : une lettre du Dr Frédet au nom de la Société d'hydrologie, demandant à la Société de désigner un délégué pour assister au Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, qui se tiendra à Clermont Ferrand du 28 septembre au 4 octobre ; Lettres de MM. de Crésantignes, Leudet et Millée, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; Lettre de M. Picqué posant sa candidature au titre de membre titulaire, et s'excusant de ne pouvoir assister à la séance pour y lire son travail de candidature ; Lettre de M. Glénard, de Lyon, posant sa candidature au titre de membre correspondant, et annonçant l'envoi de travaux à l'appui de sa candidature.

Correspondance Imprimée. Revues et journaux habituels : *Le Centre médical et pharmaceutique* ; *Revue des Travaux Scientifiques* (Ministère de l'Instruction publique), tome XV, nos 9 et 10.

Présentation de brochures. — M. de Ranse offre à la Société, de la part de M. Fabre (de Commentry), une brochure intitulée : *Vie d'un médecin italien de la fin du XVIIe siècle* : Georges Baglivi, 1668-1707.

M. Glénard (de Lyon) envoie à l'appui de sa candidature les ouvrages suivants : 1° Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde (acide phénique ou bains froids), Paris, 1881; 2° Antipyrine ou bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde (Paris 1888. — *Lyon Médical*) ; 3° Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans les hôpitaux et à la campagne (communication au 1er Congrès de médecine à Lyon.) 1894); 4° De la palpation du foie par le procédé « de Poncet » (Lyon 1888) ; 5° Etudes sur le foie et l'hépatisme (*Lyon médical*, 1895) ; 6° Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques (communication à l'Académie de médecine 1890) ; 7° De l'entéroptose (conférence à l'hôpital de Mustapha, Alger, 1889); 8° Néphroptose et entéroptose (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1893) ; 9° Caractères objectifs et diagnostic du rein mobile, 1896; 10° Exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition (palpation de l'estomac); 11° Sur la localisation définitive du souffle maternel de la grossesse (Archives de tocologie,1876). La commission désignée pour l'examen de la candidature de M. Glénard se compose de MM. de Beauvais, Rougon et Martha, rapporteur.

Rapport du Conseil d'administration sur la demande de réintégration de deux membres démissionnaires. — M. Brossard. Messieurs, le Conseil d'administration de la Société de médecine de Paris s'est réuni le vendredi 3 avril 1896, chez le président M. Ladreit de Lacharrière, à l'effet d'examiner la demande de MM. Baraduc et Chervin, anciens membres démissionnaires, désirant rentrer dans la Société. Après avoir pris connaissance des motifs absolument personnels qui avaient éloigné nos anciens collègues, le Conseil a jugé qu'il y avait lieu de faire droit à cette demande et propose à la Société de vouloir bien voter l'admission de MM. Baraduc et Chervin sans les astreindre aux formalités d'usage.

Les conclusions du rapport, mises aux voix par le président, sont adoptées à mains levées.

Simulation d'amb yopie double attribuée à la lumière des éclairs. — M. de Beauvais. (*Sera publié.*)

M. Abadie. Comme l'ont établi déjà M. Dehenne et M. Trousseau, la simulation dans le cas rapporté par M. de Beauvais n'était pas difficile à dévoiler. Il n'existe pas en effet une seule observation authentique de cécité provoquée par la lueur des éclairs quelqu'intenses et répétés qu'ils puissent être. Leur action sur la rétine n'est en somme qu'instantanée. Il n'en est plus de même quand la rétine a à supporter l'action prolongée d'une vive lumière; il peut alors survenir, sans que le sujet en ait connaissance, sans la moindre douleur, une altération grave des éléments sensoriels de la rétine qui entraîne à sa suite un affaiblissement considérable de la vision centrale. C'est ainsi que les ouvriers, les ingénieurs électriciens,qui ont à fixer quelques fois pendant un certain temps des sources lumineuses extrêmement intenses, doivent prendre les plus grandes précautions sous peine de s'exposer à des accidents sérieux et irrémédiables. De même pour les observations astronomiques, en fixant le soleil même avec des verres fumés pour étudier la durée des éclipses,on peut être exposé, si l'examen se prolonge trop, à une désorganisation grave des éléments rétiniens.

Donc, chez le sujet examiné par M.de Beauvais, l'origine invoquée comme cause de l'amblyopie était déjà suspecte. Comment doit-on procéder en outre en pareil cas pour dévoiler la simulation. Les ophthalmologistes sont aujourd'hui bien outillés pour débrouiller cette question.

Si le sujet suspect n'accuse de l'amblyopie ou de la cécité que sur un seul œil, le moyen pour reconnaître et dévoiler la supercherie est des plus simples. On lui fait fixer deux tableaux à fond noir sur lesquels sont imprimées des lettres de diverses grandeurs, sur l'un rouges, sur l'autre vertes. Plaçant alors au devant de ses yeux des verres colorés, tantôt rouges, tantôt verts, le verre rouge,sans que le malade s'en doute, éteint complètement les lettres vertes et le verre vert les lettres rouges, on arrive ainsi à supprimer et rétablir à volonté la perception de l'œil sain. Le sujet qui ne se doute pas de l'action de ces manœuvres continue à déchiffrer les caractères avec l'œil prétendu amaurotique. On le lui prouve en cachant cet œil avec la main, il s'aper-

çoit qu'avec l'autre il ne distingue rien, il est obligé lui-même de reconnaître qu'il est pris au piège.

Quand la simulation porte sur les deux yeux, le diagnostic est plus embarrassant, mais le malade se trahit presque toujours par son exagération même.

Ainsi, celui de M. de Beauvais affirmait que la cécité était absolue, qu'il ne distinguait plus la lumière; or, ses réflexes papillaires étaient conservés, donc il mentait. S'il prétend distinguer encore seulement de gros caractères, on lui en montre de plus petits en modifiant leur grandeur par l'interposition de verres convexes ou concaves, ses réponses deviennent alors vite incertaines et la simulation devient manifeste.

M. Ladreit de Lacharrière, à propos de la communication de M. de Beauvais, rappelle un cas qui fait ressortir la ténacité des simulateurs. Il s'agit d'un individu qu'on avait surpris sous le lit d'une domestique, et qui, se voyant arrêté, se mit à divaguer, se composant un visage hagard, imbécile, et s'appelant « le Régénérateur ». M. Ladreit de Lacharrière fut commis, avec MM. Lasségue et Tardieu, pour examiner l'état de cet individu. Les médecins, les policiers, les co-détenus que l'on mit en contact avec l'inculpé ne purent jamais le prendre en défaut, et on allait renoncer à expliquer la simulation, faute de preuves, quand un jour le simulateur se rendit lui-même et écrivit au procureur pour avouer sa simulation et déclarer que les médecins étaient plus forts que lui.

De l'utilité des crachoirs au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. M. Bouloumié. (*Sera publié*).

M. Abadie. J'estime que M. Bouloumié a grandement raison quand il veut s'efforcer d'obtenir, par tous les moyens possibles, la destruction des crachats des phtisiques.

Ce sont eux, en effet, qui contiennent l'élément virulent et qui sont, sans conteste, la cause principale de la propagation de la maladie.

La grande découverte de Koch n'a pas donné, jusqu'ici, tous les résultats qu'il était permis d'espérer, parce qu'on s'est occupé d'en tirer parti, surtout au point de vue thérapeutique, fort peu au point de vue prophylactique. Or, tout ce qu'on a fait depuis cette époque pour chercher à tuer le bacille introduit dans l'économie n'a pas donné grand résultat pratique; il eut mieux valu, ce qui est possible dans une large mesure, s'occuper d'empêcher l'agent virulent de s'implanter dans l'organisme.

En somme, Koch a démontré que le processus tuberculeux, contrairement aux idées erronées ayant cours jusqu'alors, ne pouvait être fabriqué de toutes pièces par le sujet lui-même, quelle que fût sa constitution, quel que fût le terrain. Il est indispensable, pour que la tuberculose éclate, qu'un bacille virulent, venu du dehors, vienne s'implanter dans les tissus sains ou morbides. Quand un malade devient tuberculeux, il faut donc qu'aux causes intrinsèques relevant de sa constitution propre (et celles-là sont souvent fort difficiles à modifier) il s'en ajoute toujours une autre extrinsèque qui est l'apport du dehors du bacille de la tuberculose.

Contre cette cause extrinsèque, nous sommes mieux armés, car nous savons comment est fabriqué ce bacille, où il se trouve, et tous nos efforts doivent tendre à ce qu'élaboré chez un sujet déjà contaminé, il soit détruit sur place et ne puisse pénétrer dans un autre organisme sain. Le principal véhicule du bacille de Koch étant le crachat du phtisique, c'est bien lui dont il faut se préserver.

Dans la discussion à l'Académie de médecine qui a eu lieu sur ce sujet, M. Kelsch a dit que dans l'armée la contamination ne faisait pas grands ravages et que beaucoup de soldats paraissaient atteints parce que leur tuberculose ganglionnaire ou viscérale, larvée jusqu'alors, devenait manifeste et grave par le changement de régime et de vie au régiment.

Soit, mais il n'en est pas moins vrai que toutes ces tuberculoses larvées ont dû leur existence à une infection antérieure par le bacille de Koch, que ceux qui en sont atteints auraient été épargnés si on avait pu les préserver de toute inoculation.

Malades à leur tour ils deviennent une fabrique de bacilles et, si vous les laissez en contact avec des sujets sans prendre des précautions et surtout sans détruire leurs crachats, ils vont devenir à leur tour une source nouvelle d'infection et de propagation de la maladie. Aussi la règle est-elle avec raison formelle : dans l'armée on élimine tout sujet contaminé et on a raison.

Il devrait en être de même dans les hôpitaux, comme M. le prof[r] Debove le faisait observer avec tant de bon sens. Aucun médecin dans sa clientèle de la ville ne laisse, autant que faire se peut, cohabiter un tuberculeux avec des gens sains, sans prendre tout au moins de rigoureuses précautions prophylactiques. Et dans les hôpitaux on voit des sujets malades d'une autre affection, par conséquent déjà affaiblis et prédisposés, vivre entassés dans une salle où se trouvent réunis trente ou quarante tuberculeux. C'est inconcevable ! Aussi je demande qu'on s'occupe non seulement de détruire par tous les moyens possibles les crachats des phtisiques, mais aussi qu'on crée à la campagne des sanatoria pour les tuberculeux. Il y aura profit pour tout le monde. Economie pour l'Assistance publique, avantages pour la santé du tuberculeux, amoindrissement des chances de contagion pour les bien portants.

M. Duroziez, comme médecin inspecteur des Ecoles, est arrivé à empêcher les enfants de cracher par terre, et sous ce rapport il rentre dans l'idée de M. Abadie; mais il ne peut suivre M. Abadie dans la description sinistre et fatale qu'il fait du tableau de la contagion. Les médecins n'ont jamais fui les tuberculeux, ils les ont toujours examinés, auscultés et soignés sans penser à la contagion, et si celle-ci était aussi fatale et aussi forcée que le dit M. Abadie, les médecins n'y résisteraient pas.

M. Jullien. Nous sommes bien tous d'accord sur la nécessité de supprimer toute cause de contagion, tout produit susceptible de s'inoculer par absorption bronchique ou intestinale. Mais que d'efforts pour faire pénétrer ces idées dans le public, et au besoin les imposer.

Voici une chambre habitée par un phtisique qui y succombe après l'avoir souillée. La logique, à défaut des règlements, exige une désinfection. Mais le propriétaire, le maître de l'hôtel, le chef de famille même, s'y soustrairont avec acharnement. Cela se passe au milieu de nous, et ce qui est triste à dire, dans les villes où nos malades sont accoutumés d'aller chercher la santé. Il y a quelques mois, j'accompagnais un tuberculeux dans le Midi, et, de concert avec le médecin de la ville où nous nous trouvions, nous cherchions un logement. J'en vis quelques-uns qui me tentaient beaucoup, mais mon confrère m'avertissait discrète-

ment « halte-là, un phtisique vient d'y mourir, et nulle désinfection n'a été faite. » Grâce à cette obligeance, je pus éviter l'écueil, mais on comprend que ce médecin vis-à-vis d'un malade ordinaire eût gardé le silence. Nos confrères ne sont pas indépendants, leur situation les oblige à des ménagements à l'égard des hôteliers et autres tenenrs d'auberges, par une conspiration de tous les intérêts sauf celui du malade.

Il faudrait bien cependant que les stations en qui nous avons confiance justifiassent cette confiance, car nous jouons trop souvent le rôle de dupés, et ce qui est plus grave, de dupés conscients.

Dans un autre ordre d'idée, une prostituée qui est tuberculeuse risque de transmettre son mal avec ses baisers. J'ai eu dans mon service une jeune femme qui passait pour avoir un ulcère syphilitique de l'amygdale et qui, en réalité, portait sur le voile palatin, les piliers et le pharynx, des ulcères tuberculeux. Elle les avait reçus, ces bacilles, que l'examen bactériologique me fit retrouver en grand nombre, et elle ne fit pas difficulté de m'avouer qu'elle avait pour amant de cœur un ouvrier qui rendait le sang à pleins crachats, mais on frémit en supputant le nombre de fois qu'elle avait dû les transmettre, si l'on songe qu'elle était fille, et fille très courue, dans une maison publique. Or, il faut bien savoir qu'il n'existe aucun règlement ordonnant ou permettant d'interdire l'exercice de sa profession à une tuberculeuse. Nos connaissances sont en avance sur nos institutions ; notre science a marché, notre façon de penser s'est modifiée du tout au tout et notre action reste ce qu'elle était il y a 50 ans, c'est-à-dire ridiculement au-dessous de ce que notre conviction exigerait.

M. Rougon, estimant que la question de la tuberculoes est de la plus haute importance, propose de nommer une commission chargée d'étudier tous les moyens prophylacques, et de rédiger un rapport qui serait envoyé aux pouvoirs publics.

M. Christian pense qu'en matière de prophylaxie il faut avant tout se placer sur un terrain pratique. Or, si l'on pose comme première condition prophylactique l'obligation de ne plus cracher, les pouvoirs publics ne pourront inscrire cette obligation, sans y mettre aucune sanction, c'est ce qu'on a fait dans les bateaux et les omnibus, où l'on crache de plus en plus.

Quant aux sanatoria, les pouvoirs publics ne pourront prendre aucune mesure de ce genre ; les tuberculeux sont nombreux, ils ne sont pas tous malades au même degré ; il y en a beaucoup qui travaillent; et les isoler et les parquer, comme on faisait autrefois des lépreux, est une utopie absolue.

M. Rougon déclare qu'il ne s'agit pas d'une réglementation rigoureuse, mais il faut attirer l'attention du public, et quand le public sera mis en garde contre les causes de la contagion, c'est lui-même qui sanctionnera la réglementation, sans qu'il y ait besoin de procès-verbaux dressés. Ce ne sont pas les lois qui empêchent qu'il y ait des délinquants, et ont voit tous les jours des gens, chez les débitants de vins, s'enivrer en ayant sous les yeux le texte de la loi contre l'ivresse.

M. Abadie. Je répondrai à M. Duroziez que, dans l'épidémie qui a été rapportée par M. Marfan, les individus atteints étaient placés dans des conditions particulièrement mauvaises. Ils occupaient un local insuffisant comme aération, aucune précaution d'hygiène, même élémentaire, n'était prise. Ils vivaient dans une atmosphère confinée, remplie de poussière et de détritus de crachats tuberculeux. Ils ont réalisé là pour ainsi-dire une véritable expérience cruellement démonstrative, 14 sont morts sur 22 en deux ans, ce qui prouve bien que, quelle que soit la constitution du sujet, si la source d'infection est par trop abondante, il arrive un moment où elle triomphe fatalement de la constitution la plus robuste.

Je dirai à M. Christian que je ne préconise pas des mesures draconiennes et irréalisables Je ne propose pas d'arracher les tuberculeux à leur famille et de les séquestrer. Je dis que d'ores et déjà on peut, quand on a reconnu un malade tuberculeux, le prévenir lui et son entourage des précautions qu'ils ont à prendre pour éviter la diffusion de la maladie et la principale de ces précautions c'est la destruction immédiate des crachats virulents.

Quant aux malheureux privés de ressources, accablés par la misère et la maladie, au lieu de les accumuler dans les hôpitaux des grandes villes où ils manquent d'air pur, qui est aujourd'hui de l'aveu de tous l'élément le plus salutaire pour leur guérison, il serait, je le répète, plus pratique à tous les points de vue de les envoyer à la campagne. La dépense serait moindre, la guérison rendue plus facile, et la dissémination de leur maladie évitée dans une large mesure.

M. Bouloumié partage l'avis de M. Abadie, sans être aussi sévère que lui sur la question d'isolement. On ne saurait isoler les tuberculeux qui peuvent travailler, mais pour ces derniers, on pourrait, on devrait même supprimer chez eux l'agent de transmission en leur imposant le crachoir, et l'on éviterait ainsi des contagions déplorables comme celle qu'il a citée dans la dernière séance : dans une école des Vosges, où l'on ne connaissait pas la tuberculose, l'administration envoie un instituteur tuberculeux ; au bout de quelque temps, cinq enfants sont atteints de tuberculose et meurent; la population protestant, l'instituteur est envoyé dans un autre village qui le refuse, et successivement de village en village ; les populations protestant et refusant l'instituteur malade, l'administration s'est décidée à le mettre à la retraite.

Or, il y a beaucoup de tuberculeux parmi les instituteurs, et cette mesure extrême de la mise à la retraite pourrait être évitée en imposant le crachoir.

M. Christian reconnaît que l'idée et la connaissance de la contagion tuberculeuse est très ancienne, même dans les populations des campagnes, mais l'isolement est difficile, sinon impossible, d'abord parce que, dans les villages comme dans les villes, les familles sont souvent entassées, faute de logement suffisant, et ensuite parce que les familles se refuseront à se séparer d'un membre malade et tiendront, au contraire, à le garder le plus près possible, pour empêcher sa démoralisation et pour lui donner des soins. La question de sentiment prime toujours l'idée du danger, et la réglementation prophylactique se heurtera toujours à la question d'humanité.

M. Jullien. Nous ne pouvons pas tout ; nous sommes, il est vrai, incapables d'imposer une façon de faire au malade qui vit libre avec ses ressources et échappe à toute main-mise de l'administration, pour celui-là il faut que son éducation se fasse, ainsi que celle de son milieu, et nous savons que la chose n'est pas facile, les gens pré-

tendus éclairés étant les plus aveugles et les plus endurcis, mais il existe toute une catégorie de personne dont les moyens d'existence dépendent uniquement des grandes administrations.

Et je dis que les laisser en possession de ces organes, lorsque nous savons le mal qui peut en résulter, est une lourde faute. On a parlé des instituteurs, et j'ai parlé des prostituées, d'autres citeront les soldats, les employés d'administrations. Agissons d'abord sur ce peuple de subordonnés. Comment admettre que l'état donne patente nette à la fille qui va colporter le bacille? On criera à l'arbitraire; mais la police qui arrête les femmes et les envoie à Saint-Lazare, pour une infraction insignifiante a des réglements parfois surannés, n'a pas peur de ce mot-là.

Et c'est bien dans ce cas qu'on pourrait se réclamer de son origine *arbitrium*, bon sens, sagesse. Il en est de même pour les instituteurs qui sèment autour d'eux la graine de mort, et tous ceux qui ont une autorisation officielle à se mettre en rapport avec des agglomérations. Je le répète, nous venons réclamer une intervention devenue urgente dans tous les cas où elle est facile à exercer, ce que nous demandons n'exige ni loi, ni ordonnance, mais simple volonté de bien faire de la part des pouvoirs publics.

M. de Beauvais cite à ce propos le cas d'une personne tuberculeuse qui vivait dans une famille nombreuse. La malade morte, il n'y eut pas de désinfection. M. de Beauvais eut toutes les peines possibles à obtenir qu'on fit la désinfection, il n'y eut d'ailleurs pas de contagion, mais il estime que c'est là un heureux hasard.

M. Gillebert-Dhercourt cite le cas d'un malade qu'il devait conduire en Espagne, il y a quelques années; à Marseille le malade devient plus souffrant et meurt. Le maître de l'hôtel où était descendu le malade a exigé la somme de 500 francs pour la désinfection de la chambre. Or la désinfection n'a pas été faite, et trois jours après l'enterrement, la chambre était louée.

Mais ce n'est pas seulement en province que l'on constate de ces faits scandaleux, c'est aussi à Paris et même dans des locaux administratifs. M. Gillebert-Dharcourt connaît à Paris une maison où l'on fait la consultation du bureau de bienfaisance: il y a sept ans qu'on n'a pas lavé la salle dans laquelle attendent les malades.

M. Ladreit de Lacharrière met fin à cette discussion en exprimant l'avis qu'il y a lieu d'étudier à fond les conditions prophylactiques de la tuberculose, non pas au point de vue de la réglementation stricte et sévère, mais au point de vue du conseil, de l'avertissement et de la persuasion. C'est au corps médical et aux individus qu'il faut s'adresser plutôt qu'aux pouvoirs publics, et il propose à la Société de nommer une commission chargée d'étudier la prophylaxie de la tuberculose, et de présenter successivement les diverses mesures à prendre contre la contagion, en commençant par celles qu'elle jugera les plus importantes et les plus urgentes.

La proposition de M. Ladreit de Lacharrière est adoptée et la commission nommée se compose de MM. Leudet, Bouloumié, Abadie, Duroziez, Rougon, Gillebert Dhercourt, Jullien et Brossard.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Brossard.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 28 octobre 1895. — Prés. de M. Verchère.

Présents: MM. Verchère, président, Valude, Furet, Dauchez, Machelard, Genesteix, Bonnefin, Dromain, Petit, Demoulin, Depasse, Lecoin, Chevallereau, Pruvost, Percheron, Martin, Boissier.

M. Genesteix a reçu les réclamations de M. Boë, dont la communication du mois de juin n'a pas paru au bulletin dans la « France Médicale ». Le compte rendu s'exprimait ainsi: « suit la communication de M. Boë » et cette pièce ne suivait pas. Comme dépositaire des plaintes de M. Boë, M. Genesteix a prié M. Chevallereau de donner satisfaction à notre collègue en consentant à imprimer ce travail. M. Dromain, ayant obtenu dans la séance de juin la concession du changement de titre lors de l'incident que M. Genesteix résume, a fait la même démarche et a reçu la même réponse.

M. Chevallereau est absolument décidé à ne pas imprimer cette communication. Il ne se considère nullement comme tenu de le faire; et le fût-il, il préférerait subir un procès que d'insérer. Si donc la Société persistait dans sa demande, il ne donnerait pas sa démission, mais il se verrait obligé de retirer son journal. Le titre qui avait paru blessant aux membres présents le jour de la lecture a été retiré; mais il retrouve des phrases telles que celle-ci: « nos confrères attachés à ce *triste* établissement ». Elles lui paraissent tout aussi blessantes que le titre pour lui-même et pour MM. Kalt et Valude et rendent son refus obligatoire et irrévocable. M. Genesteix espère une conciliation et demande ce qu'elle pourrait être?

M. Dromain rappelle sa protestation et sa promesse d'écouter après le changement de titre. Est-on engagé à imprimer quand on a écouté? Quels sont les droits et les devoirs des membres, ceux de la Société et ceux du journal chargé des insertions? Y a-t-il entre celui-ci et la Société un traité écrit pouvant fixer ce point à la connaissance de M. Machelard ou de M. Chevallereau.

M. Machelard n'a jamais entendu parler d'aucun traité écrit et ne pense pas qu'il y en ait jamais eu. Pour lui, le fait d'avoir écouté n'engage pas la Société à publier. Sans cela, sous des titres anodins pourraient se glisser de communications désobligeantes pour certains membres, ou simplement étrangères aux sujets qui nous réunissent. Dans ce cas les titres n'ayant pas éveillé d'objection, la lecture suivrait forcément et par suite de la lecture la publication obligatoire. Cela ne peut pas être. D'ailleurs les membres présents en juin n'ont à la suite de M. Dromain, accepté la lecture qu'après une longue opposition et acculés par la concession de M. Boë pour le titre. Cette acceptation d'écouter était une satisfaction très suffisante et une réponse courtoise à la concession de M. Boë. Elle n'engageait pas à publier.

M. Chevallereau n'a connaissance d'aucun traité écrit. M. Bottentuit, en lui cédant la *France Médicale*, lui a seulement dit que le journal faisait le service des comptes-rendus de la Société mais n'a jamais parlé d'aucune pièce écrite à ce sujet. D'autre part il croit devoir n'accepter que des communications scientifiques ou purement d'intérêt professionnel général.

Or, celle qui soulève l'incident a une autre portée et un

certain caractère politique incompatible avec celui du journal. Enfin, cette même communication est imprimée tout au long avec son ancien titre dans le *Bulletin d'Oculistique* de septembre 1895, la *France Médicale* ne doit pas republier ce qu'un autre périodique a déjà inséré.

Cette dernière constatation range les avis à celui de M. Chevallereau.

M. Dauchez allait proposer comme amendement la publication dans un journal autre que la *France Médicale*; mais celle du *Bulletin d'Oculistique* nous dispense d'insérer.

On demande que l'incident soit clos par un vote.

M. Verchère propose l'ordre du jour suivant : « La Société médicale du VI[e] arrondissement, ayant pris connaissante dans le *Bulletin d'oculistique* de septembre 1895 de la publication de M. Boë, sous le titre que cette Société ne pouvait accepter comme injurieuse pour plusieurs de ses collègues, se croit en devoir de supprimer cette communication de l'impression de son bulletin ».

M. Le Coin répond que la Société n'a nullement besoin de motiver son vote par un ordre du jour. Celui-ci d'ailleurs motiverait la non publication mais non le retard d'un vote émis après la date où la communication aurait pu paraître. On votera au scrutin secret par oui et par non.

On procède immédiatement au vote dont le résultat est *non* à l'unanimité des membres présents. La communication de M. Baë ne sera donc pas insérée.

M. Genesteix voudrait, en faveur de M. Boë, un amendement lui donnant quelque satisfaction.

M. Le Coin répond que cette satisfaction existe, elle réside dans le retard dont il parlait tout à l'heure. En effet, la communication désagréable à tous a été annoncée, mais n'a pas paru en temps voulu. Les choses étaient conciliées si M. Boë avait voulu en rester là. C'est seulement sa nouvelle intervention qui a motivé et fatalement nécessité le vote d'aujourd'hui.

M. Genesteix dépouille la correspondance, elle renferme un travail de M. Deléage sur le lavage de l'estomac.

M. Verchère annonce la mort de notre collègue le D[r] Bernard, qui nous était revenu après une démission amenée par son éloignement; il termine par un éloge de notre regretté collègue.

Service de protection des enfants en bas-âge. — M. Depasse communique l'intéressante statistique qu'il a établie dans le service de Protection des enfants du premier âge :

Pendant l'année 1894, il y a eu dans le département de la Seine 3,996 enfants surveillés par le service de la protection du premier âge : 1,089 dans l'enceinte de Paris (27 0/0) et 2,907 dans la banlieue (73 0/0).

Par rapport au mode d'élevage, ces 3,996 enfants se répartissent de la façon suivante :

1,710 élevés au sein (42,79 0/0) ; 1,870 élevés au biberon (46,80 0/0) ; 416 autre mode (10,41 0/0).

La mortalité s'est élevée à 247, ainsi répartis : 46 décès à Paris, soit 4,22 0/0; 201 décès dans la banlieue, soit 6,91 0/0.

La diphtérie, la variole, la scarlatine n'ont causé chacune que 1 décès, la coqueluche, 5, la rougeole 10.

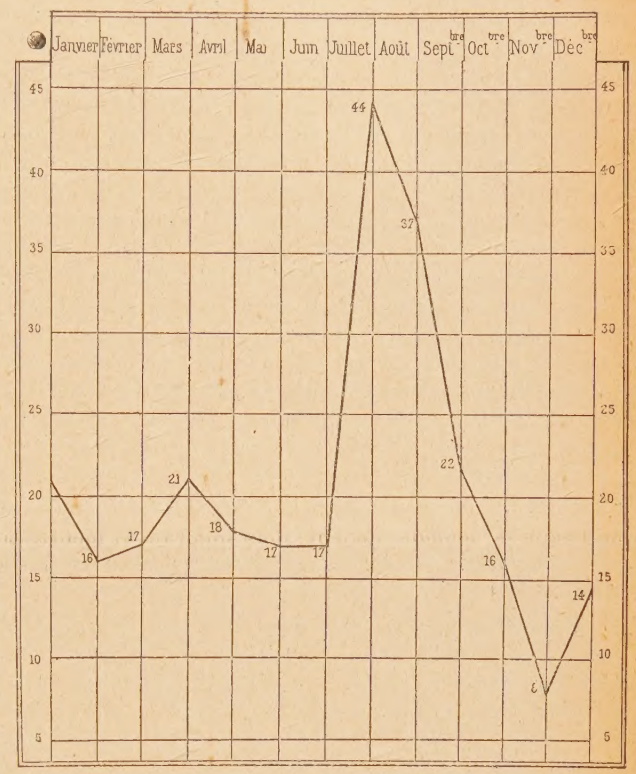
Si on examine comment les enfants décédés étaient nourris, on trouve 42 0/0 de décès chez les enfants nourris au sein, 55 0/0 pour le biberon et 3 0/0 pour les autres modes d'alimentation.

Si on prend tous les enfants élevés au sein, la mortalité a été 6,08 0/0 au sein, et 7,27 0/0 au biberon; l'année précédente ces chiffres donnaient 5,80 0/0 au sein, et 11,56 0/0 au biberon.

Par rapport aux saisons la mortalité a été :

Hiver.....	22 0/0	de l'effectif mortuaire
Printemps.....	21 0/0	
Eté.....	42 0/0	
Automne.....	15 0/0	

Si on étudie, dans la mortalité, les causes de décès, on trouve que sur 100 nourrissons qui meurent, 23 succombent à une maladie du système nerveux, 18 à une maladie des organes respiratoires, 44 à des maladies du tube digestif.



D'autre part, sur 1,000 enfants élevés au sein, 15 meurent par leur système nerveux, 12 par leurs organes respiratoires et 20 par leur tube digestif, total : 47.

Par contre, sur 1,000 enfants élevés au biberon, 22 meurent par leur système nerveux, 18 par leurs organes respiratoires et 52 pour leur tube digestif, total : 90.

M. Verchère remercie M. Depasse, il insiste sur l'éloquence des chiffres cités au point de vue de l'importance du mode d'alimentation, et de l'influence saisonnière.

Observation de scarlatine maligne. — M. Pruvost (V. ci-dessus page 241.)

M. le Président félicite M. Pruvost du sens pratique de son observation.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire : D[r] Boursier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril. — Présidence de M. Ch. Monod

Dès l'ouverture de la séance, lorsque nous avons vu reprendre sa place le très regretté, pendant tant de semaines, secrétaire général de la Société de chirurgie, M. le Dr Reclus, nous attendions des membres de la Société de chirurgie un mot de « bon accueil », manifestant à M. Reclus la sympathie dont il est entouré. — Le mot n'est pas venu, — qu'il nous permette de lui dire que nous le regrettons et de lui adresser nos plus sincères et plus dévouées félicitations en notre nom personnel — sûr d'être l'interprète de tous ceux qui le connaissent.

Méthode abdomino-périnéale pour l'ablation des tumeurs du rectum et de l'anus. — M. Chalot (de Toulouse). Je fais d'emblée par le péritoine l'hémostase des vaisseaux supérieurs, puis un anus permanent au niveau de la fosse iliaque. Enfin une partie de la tumeur peut être enlevée par l'abdomen. Dans un second temps, par le périnée on enlève l'extrémité inférieure de la tumeur. Malheureusement le malade chez lequel j'ai pratiqué cette opération est mort dans la nuit qui suivit l'intervention.

Le point important de la méthode que je propose est l'hématose complète que l'on fait de suite au début de l'intervention en liant l'hémorrhoïdale supérieure, artère et veine, et qui permet de faire facilement l'extirpation périnéale ultérieure.

M. Quénu. Je dois défendre M. Gauthier au point de vue de la priorité de cette méthode opératoire, qui a lu son travail à la Société de chirurgie au mois de novembre, et bien avant M. Chalot.

La colostomie par la voie abdomino-périnéale dans les cas d'imperforation congénitale. — M. Chalot l'impose au malade atteint d'imperforation, auquel on a fait un anus iliaque permanent. J'ai cherché et, me basant sur l'anatomie pathologique de ces lésions, ai reconnu l'ampoule terminale au niveau du périnée. La dénomination à proposer reste à trouve. Macleod ayant déjà décrit cette opération, et quelques auteurs l'ayant exécutée.

Le 17 février dernier, j'ai observé une petite fille atteinte d'imperforation. Je commençai par une incision périnéale qui ne me donna aucune rencontre de l'ampoule. J'ai alors de propos délibéré ouvert l'abdomen, qui m'a donné accès à l'S iliaque que j'ai ouvert. Avec l'index, j'ai alors perforé le cul-de-sac rectal et j'ai fait passer l'intestin par l'orifice périnéal. Ce n'est pas le rectum puisqu'il est absent, c'est l'anse sigmoïde que l'on abouche à la peau. Aussi appellerai-je cette opération : la sigmoïdostomie périnéale. La petite opérée a guéri et est actuellement en bonne santé.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Kirmisson fait une communication ayant trait à l'historique de la méthode sanglante, à la gravité opératoire, puis au mode opératoire actuel. Le mémoire publié dans le « Bulletin médical » du 12 avril donne les conclusions de M. Kirmisson.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Kirmisson envisage la question du traitement orthopédique, qui paraîtra dans le prochain numéro du même journal.

Fracture de rotule. Guérison datant de 3 ans. — Présentation du malade, par M. Reynier.

Corps étranger à la main, extirpé malgré son petit volume (aiguille de 3 millimètres de long) grâce à une photographie par le procédé de Rœntgen. — Présentation de la photographie, par M. Guinard.

F. Verchère.

NOUVELLES

L'Association générale des médecins de France a tenu dimanche dernier, sous la présidence de M. le Prof Lannelongue, sa trente-septième assemblée générale.

Ont été élus au Conseil général :

Vice-président : M. Hameau, président de la Société de la Gironde, en remplacement de M. Bouchacourt, démissionnaire.

Trésorier général : M. Blache, trésorier adjoint.

Secrétaire : M. Philbert, membre du Conseil, en remplacement de M. Blache, nommé trésorier général.

Membres : MM. Bergeron, Durand-Fardel, Hallopeau, Leroux, A. J. Martin, Worms, membres sortants rééligibles ; M. Lande, vice-président de la Société de la Gironde, en remplacement de M. Hameau, nommé vice-président ; M. Thibierge, secrétaire de la Société centrale, en remplacement de M. Philbert, nommé secrétaire.

M. Lannelongue a mis aux voix les propositions suivantes qui ont été adoptées :

« La question générale — augmentation de cotisation — reste ouverte.

« La cotisation sera portée à 20 francs pour les membres nouveaux seulement, les anciens conservant le droit de ne payer que 12 francs. »

A la même séance, le projet de création d'une caisse des veuves et orphelins est mis aux voix et adopté.

Onze pensions viagères nouvelles de 800 francs sont accordées. Ce chiffre porte à 91 le total des pensions servies, dont 33 à 800 francs.

Hôpitaux de Paris. — MM. les docteurs Millard et Gérin-Roze sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Chaput est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Marfan est nommé médecin titulaire de la maison de retraite des Ménages.

M. le docteur Gilles de la Tourette est nommé médecin titulaire de l'hôpital Hérold.

M. le docteur Béclère est nommé médecin titulaire de l'hospice Debrousse.

M. le docteur Giraudeau est nommé médecin titulaire de l'institution Saint-Périne.

M. le docteur Michaux est nommé chirurgien titulaire de l'hospice d'Ivry.

Administration. — M. Juramie, directeur de l'hôpital Tenon, est nommé directeur de l'hôpital Beaujon.

M. Amaury, directeur de la maison de retraite de La Rochefoucauld, est nommé directeur de l'hôpital Tenon.

M. Boiteau-Cadiol, directeur de l'hôpital Bichat, est nommé directeur de la maison de retraite de La Rochefoucauld.

M. Faure, économe de l'hôpital Lariboisière, est nommé directeur de l'hôpital Bichat.

M. Carbier, économe de l'hôpital de Berck, est nommé économe de l'hôpital Lariboisière.

M. Charlot de Courcy, commis-rédacteur, est nommé économe de l'hôpital de Berck.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'Internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents.

Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part, les conditions d'admission au concours de l'Internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du concours de 1897, les externes qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 pourront se présenter à l'Internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine ; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

Distinctions universitaires. — Par arrêté, en date du 2 avril 1896, ont été nommés :

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le Dr Duhourcau, Membre de l'Association pyrénéenne.

OFFICIERS D'ACADÉMIE. — MM. les Drs Chotard, de Creully (Calvados) ; Decaux, médecin aide-major de première classe ; Sicard, médecin de première classe de la marine.

Récompenses honorifiques. — Par arrêtés, en date des 9 et 28 mars 1896, les médailles suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. Hermary et J. Ferron, internes à l'hôpital Trousseau ; S. Grosjean, interne à l'hôpital maritime de Berck.

Médaille de bronze. — M. E. Bigot, externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ont contracté des affections contagieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

Décorations étrangères. — M. le Dr P. de Pietra Santa vient d'être nommé commandeur de l'Ordre royal d'Isabelle la Catholique. Nos meilleures félicitations au vaillant confrère qui, depuis vingt-deux ans, dirige avec tant de distinction le « Journal d'hygiène ».

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 6 avril 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Lenoir, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille.

M. le médecin principal de deuxième classe Poignon, pour l'emploi de médecin-chef à l'Ecole de Fontainebleau.

MM. les médecins-majors de première classe Dornier, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; Aubert, pour l'hôpital militaire Villemanzy ; Gils, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; Laurent, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Roch, pour le 13e d'artillerie ; Le Rouvillois, pour l'hôpital militaire de Bourges ; Ebstein, placé pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens ; Landriau, pour le 5e du génie ; Monard, pour l'hôpital militaire de Toul ; Folie-Desjardins, pour le 30e d'artillerie ; Demandre, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Briançon ; Sacreste, pour le 1er d'infanterie ; Maire, pour le 70e d'infanterie ; Moreaud, pour le 7e d'infanterie ; Boulian, pour le 13e d'infanterie ; Hugues, pour le 85e d'infanterie ; Herrmann, pour le 67e d'infanterie ; Delamare, pour le 17e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lazare, pour le 83e d'infanterie ; Paquy, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Masson, pour le 161e d'infanterie, Sâlètes, pour le 89e d'infanterie ; Amat, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied ; Milliès dit Lacroix, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Renaud, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied ; Couillault, pour le 78e d'infanterie ; Cros, pour le 14e d'infanterie ; Descosse, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; Félix, pour le 109e d'infanterie ; Duval, pour le 135e d'infanterie ; Soula, pour le régiment des sapeurs pompiers, à Paris ; Bernard, pour le 158e d'infanterie ; Sabatier, pour l'Ecole militaire de l'artillerie et du génie à Versailles ; Castelli, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole du Val-de-Grâce ; Knoll, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Sudre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Delporte, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Vincent, pour l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie) ; Lansac, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Friant, pour l'Ecole preparatoire militaire de Rambouillet.

MM. les médecins aides-majors de première classe Mignon, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; Vigerie, pour l'hôpital militaire de la place de Maubeuge ; Loustalot, pour le 7e d'infanterie ; Rouget, pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (bactériologie) ; Ausset, pour le 43e d'infanterie, Merlat, pour le 22e d'artillerie ; Wavelet, pour le 4e zouaves ; Crépet, pour le 4e chasseurs d'Afrique ; Chavigny, pour l'hôpital militaire de Constantine (bactériologie) ; Ragnaud, pour le 4e spahis.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Mialaret, pour le 109e d'infanterie

Laboratoires de bactériologie militaires. — Le ministre de la guerre a décidé de compléter le service des expertises bactériologiques en créant un nouveau laboratoire dans chacune des villes suivantes : Marseille, Bordeaux et Rennes.

Les expertises jugées nécessaires seront demandées au laboratoire le plus voisin, conformément aux indications du tableau ci-dessous :

Paris (Val-de-Grâce). Gouvernement militaire de Paris, 1er, 2e, 3e, 4e et 5e corps d'armée.

Châlons-sur-Marne, 6e corps, et subdivisions de Chaumont, Langres, Vesoul et Belfort du 7e corps.

Rennes, 9e, 10e et 11e corps.

Lyon (école du service de santé militaire), subdivisions de Besançon, Lons-le-Saulnier, Bourg et Belley du 7e corps, 8e, 13e et 14e corps.

Marseille, 15e et 16e corps.

Bordeaux, 12e, 17e et 18e corps. Alger, Oran, Constantine et Tunis, pour leur territoire respectif.

Faculté de médecine de Paris. — M. Mermet est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique.

Les nouvelles Universités. — Voici ce qu'encaisseraient de recettes personnelles les futures Universités, en supposant la permanence des recettes actuelles :

Paris	646.000 fr.	par an.
Dijon	131.000	—
Lyon	128.000	—
Bordeaux	105.000	—
Montpellier	85.000	—
Lille	83.000	—
Toulouse	42.000	—
Nancy	41.000	—
Rennes	27.000	—
Aix	26.000	—
Poitiers	20.000	—
Caen	19.000	—
Grenoble	16.000	—

Ces chiffres peu considérables donnent à réfléchir.

La mortalité à Paris. — Le service de la statistique municipale a enregistré pendant la 15e semaine (du 5 au 11 avril), 988 décès au lieu de 992 pendant la 14e semaine et au lieu de 1105, moyenne ordinaire des semaines d'avril.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 1 (et de la moyenne 10), la variole, 1 décès, au lieu de 1 (et de la moyenne 2), la rougeole 14 décès au lieu de 21 (et de la moyenne 30), la scarlatine, 5 décès au lieu de 4 (et de la moyenne 5), la coqueluche, 6 au lieu de 6 (et de la moyenne 7), la diphtérie et le croup, 13 décès, au lieu de 12 et de la moyenne 26.

On a attribué 6 décès à la grippe ou à l'influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 21 décès au lieu de 35 (et au lieu de la moyenne 42).

En outre, 32 enfants sont morts de faiblesse congénitale ;

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 132 décès au lieu de 141 pendant la semaine précédente et au lieu de 174, moyenne ordinaire de la saison ; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aigüe : 17 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique : 27 (au lieu de la moyenne 38) ; broncho-pneumonie : 37 (au lieu de la moyenne 43) ; pneumonie : 51 (au lieu de la moyenne 65) ;

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 56 décès dont 37 sont dûs à la congestion pulmonaire ;

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès (au lieu de la moyenne 216) ; la méningite tuberculeuse : 24 décès ; la méningite simple : 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 28 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral : 76 et les maladies organiques du cœur : 68 ; le cancer a fait périr 48 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 27 suicides, chiffre le plus élevé depuis le commencement de 1896 (la moyenne est 25), et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 699 mariages.

On a enregistré la naissance de 1,294 enfants vivants (660 garçons et 634 filles), dont 919 légitimes et 375 illégitimes. Parmi ces derniers, 29 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 339 enfants, dont 5 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 94 seront nourris au sein et 245 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 99 mort-nés dont 56 légitimes et 43 illégitimes.

La *Revue Médicale* (Rédacteur en chef, Dr Archambaud), qui était bi-mensuelle, devient hebdomadaire et paraît le samedi matin. Elle publie le lendemain de la séance le comptes-rendu de la société médicale des hôpitaux.

Nécrologie. — Le Dr Jeannel père, pharmacien-inspecteur de l'armée. en retraite à Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes), décédé le 24 mars à l'âge de 83 ans. — Le Dr Valtat, de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris (1869.) — Le Dr Miramont, d'Etretat (Seine-Inférieure). — Le Prof Marianno Semmola, de Naples, sénateur italien et correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, décédé à l'âge de 65 ans. — Le Dr Boisset (Jean-Jason-Onésiphore), de Génissac (Gironde), décédé à Caudéran le 7 avril à l'âge de 87 ans. — Le Dr Jules Lefort, membre de l'Académie de Médecine, bien connu par ses nombreux travaux d'hydrologie médicale. — Le Dr Constantin Paul, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, président de la Société de thérapeutique, officier de la Légion d'honneur, décédé le 12 avril, d'une néphrite parenchymateuse. — Le Dr Rullier, (Gaston) médecin major en retraite, à Épinal, décédé à l'âge de 46 ans. — Le Dr Traill, de Lille, reçu en 1882. — Le Dr Vergne, rue de la Banque, à Paris, reçu en 1875. — M. L. Renard, étudiant en médecine à Montpellier.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat